

رضایت شخصی

مرکز درمانی . . . .

ساده‌ایدت بیمارستان آستان تهران

درمانی  آموزشی  ساعت: تاریخ:

دانشگاهی  تامین اجتماعی  خیریه  نظامی  خصوصی  سایر  .....  
 نام بیمار: سن: جنس: زن  مرد  نام پدر: شماره پرونده: کدملی:  
 علت مراجعه: تشخیص: تلفن بیمار: ساعت و تاریخ ورود به بیمارستان:  
 شرح حال و سیر بیماری:

علائم حیاتی: BP  PR  RR  TEMP  GCS  INTUBE  STABLE   
 دارو های مصرفی:

علت تقاضای اعزام با رضایت شخصی: نداشتن تخصص مربوطه  نداشتن بخش مربوطه  نداشتن ظرفیت پذیرش   
 نداشتن تجهیزات  مخاطرات همراه  کیفیت خدمات  مشکل مالی  سایر ....  
 توضیحات:

اینجانب آقای / خانم بیمار/ ولی بیمار/قیم با میل شخصی و برخلاف صلاحدید و باوجود توضیح خطرات احتمالی و حتی مرگ توسط پرسنل این مرکز درمانی حاضر به انجام /ادامه خدمات تشخیصی درمانی نبوده و اعلام می دارم که هیچ یک از مسئولین ذیربط این مرکز درمانی مسئول عوارض /عواقب و خطراتی که از عدم انجام اقدامات تشخیصی درمانی و یا در اثر جابجایی بیمار ناشی شود نخواهند بود و این اشخاص را از عوارض احتمالی بری الذمه نموده و هیچگونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی علیه نامبردگان نخواهم داشت.

امضاء و اثر انگشت بیمار/ ولی یا قیم بیمار:

مهر /امضاء /تاریخ /ساعت سوپروایز کشیک :

نام مرکز درمانی پذیرش دهنده:

نام سوپروایزر مرکز پذیرش دهنده:

نام و تخصص و تلفن همراه پزشک پذیرش دهنده :

ساعت درخواست:

ساعت حرکت بیمار:

ساعت پذیرش :

ساعت رسیدن به مقصد:

تلفن:

مدرک تحصیلی:

تکنسین ارشد :

با شماره شهربانی:

آمیولانس: